

24. Herbsttagung der AG Medizinrecht 20. / 21. September



18.09.2024

Unterfinanzierung von Krankenhäusern

Groß-Umstadt



Innere Medizin I - Gastroenterologie
Innere Medizin II – Kardiologie
>> Chest Pain Unit
>> Stroke Unit
Geriatrie
>> Alterstraumatologie
>> Tagesklinik
Intensivmedizin
Allgemein- und Viszeralchirurgie
>> Adipositas-/ Metabolische Chirurgie
Unfallchirurgie und Orthopädie
>> Regionales Traumazentrum
>> Alterstraumatologie
>> Sektion Neurochirurgie
Gynäkologie und Geburtshilfe
HNO (Belegabteilung)
Herzkatheterlabor
1 MRT
Endoskopie
ZSVA
Labor
Zentrale Notaufnahme

3 OP-Säle
1 CT

Seeheim-Jugenheim



Intensivmedizin
>> Zentrum für Akute und Postakute
Intensivmedizin (ZAPI)
Orthopädie
>> Endoprothetikzentrum (EPZmax)
>> Wirbelsäulenchirurgie
Plastische Chirurgie
>> Postbariatrische Chirurgie

3 OP-Säle
1 CT

Groß-Umstadt



Zentrum für Seelische Gesundheit

Erwachsenenpsychiatrie
>> Tagesklinik
>> Stationsäquivalente Behandlung
>> (StäB)
>> PIA

Psychiatrische Tagesklinik Dieburg

Unterfinanzierung von Krankenhäusern

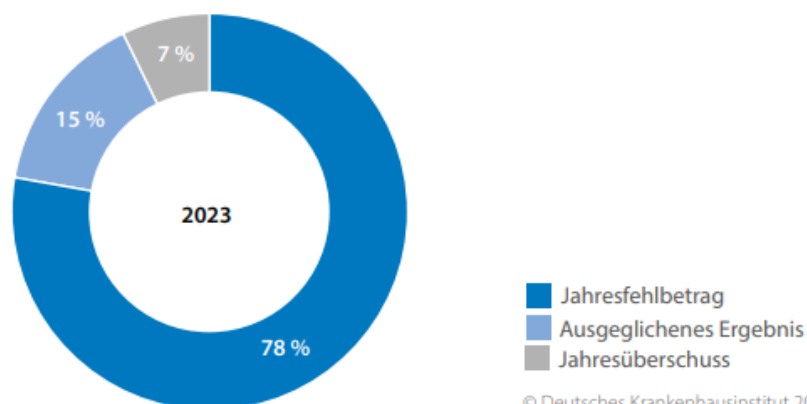
ERWARTETES JAHRESERGEBNIS 2023

Für das Jahr 2023 sind insgesamt weitere Verschlechterungen der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser zu erwarten (Abb. 4). Im Vergleich zum Jahr 2022 wird der Anteil der Häuser mit negativen Jahresergebnis von 54 % auf voraussichtlich 78 % ansteigen. Der Anteil der Kranken-

häuser mit einem positiven Jahresergebnis wird von 35 % auf voraussichtlich 7 % sinken. Damit dürfte sich der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss deutlich reduzieren. 15 % der Befragten gehen für 2023 von einem ausgeglichenen Jahresergebnis aus.

Abb. 4 Erwartetes Jahresergebnis der Krankenhäuser für das Jahr 2023

Krankenhäuser in %



Die Prognose für das Jahr 2023 fällt in den drei Bettengrößenklassen nahezu identisch aus (Ergebnisse nicht dargestellt).

AGENDA

Agenda

- **Betrachtung der Grundlagen der Krankenhausfinanzierung (Theorie)**
Beschränkung auf Plankrankenhäuser
- **Realitäts-check und Entwicklung status quo (Praxis)**
Handlungsfelder aus Sicht eines Unternehmens
- **Ausblick in die Zukunft (Krankenhausreform)**

Grundlagen der Krankenhausfinanzierung

KHG

1972

Bundesgesetzblatt¹⁰⁰⁹

Teil I

Z 1997 A

1972	Ausgegeben zu Bonn am 1. Juli 1972	Nr. 60
------	------------------------------------	--------

Tag	Inhalt	Seite
29. 6. 72	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze — KHG —	1009

1. Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Grundsatz

Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

2. Abschnitt

Förderung der Krankenhäuser

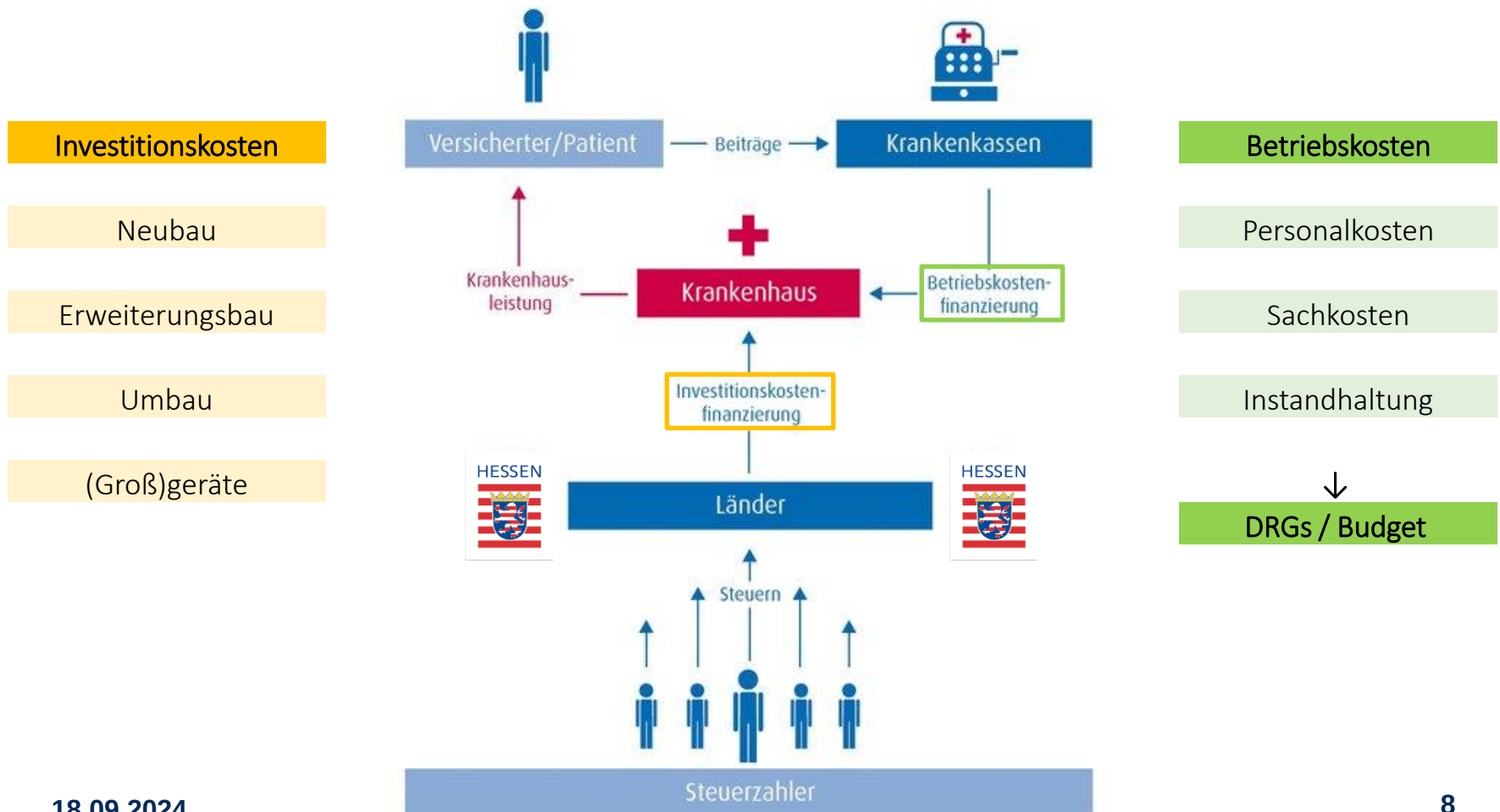
§ 4

Förderungsgrundsätze

(1) Die Krankenhäuser werden nach Maßgabe dieses Gesetzes durch Übernahme von Investitionskosten öffentlich gefördert. Dabei müssen die Förderung nach diesem Gesetz und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken, soweit die nachstehenden Bestimmungen dieses Gesetzes nichts anderes vorsehen.

KH-Finanzierung

Grundprinzip (seit 1972)



KHG

Investitionskostenförderung

- Übernahme der Investitionskosten durch die Bundesländer
- Einzelförderung → Pauschalförderung
- Krankenhausbedarfspläne → Krankenhausbauprogramme
- Voraussetzungen der Förderung werden beschrieben

§ 1

Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

(2) Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.

Betriebskostenfinanzierung

„Erlöse aus Krankenhausbehandlung“

- Das Krankenhaus erhält seine Einnahmen für stationäre Behandlungen überwiegend aus DRG- oder PEPP-Entgelte
- Klar geregelte Rahmenbedingungen in KHEntgG und BPfIV
- Jeder DRG wird ein sogenanntes Relativgewicht zugeordnet, das mit einem sogenannten Basisfallwert multipliziert wird. Dies ergibt die Einnahme pro Fall.
- Der Basisfallwert wird jährlich neu ermittelt

Betriebskostenfinanzierung

Verhandlungen auf Landesebene (§ 10 KHEntgG)

- Wie entsteht der Basisfallwert? Dieser wird auf Landesebene verhandelt:
- Der Landesbasisfallwert (LBFW) bestimmt erst, wieviel Euro eine Leistung wert ist.
- Dabei wird berücksichtigt:
 - Allgemeine Kostenentwicklung
 - Leistungsmenge
 - Und andere Trends
- **Aktuell, fair, kostenorientiert und aufwandsgerecht**
- ...was kann da schon schiefgehen? Dazu später mehr 😊

Betriebskostenfinanzierung

Verhandlung zum Landesbasisfallwert (LBFW)

- **Veränderungsrate/Grundlohnrate:** Die durchschnittliche jährliche Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder
- **Orientierungswert:** Die durchschnittliche jährliche Veränderung der Kosten der Krankenhäuser (ermittelt vom Statistischen Bundesamt)
- **Veränderungswert:** Der Veränderungswert ist die **max. Obergrenze** für die Steigerung des LBFW → es gilt:
 1. Liegt der Orientierungswert unter der Grundlohnrate, gilt diese als Veränderungswert.
 2. Liegt der Orientierungswert über der Grundlohnrate, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert gemäß den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes beziehungsweise der Bundespflegesatzverordnung →. Entscheidend dabei ist die Differenz zwischen der Grundlohnrate und dem Orientierungswert. So kann der Veränderungswert für somatische Häuser die Grundlohnrate um bis zu einem Drittel dieser Differenz übersteigen. Liegt der Orientierungswert bei 2,6 Prozent und die Grundlohnrate bei 2,3 Prozent, so beträgt die Differenz zwischen den beiden Werten 0,3 Prozentpunkte; davon ein Drittel ist 0,1. Das bedeutet, der Veränderungswert darf in diesem Fall höchstens 2,4 Prozent betragen. Der Veränderungswert muss aber mindestens die Grundlohnrate abdecken.

Betriebskostenfinanzierung

Verhandlungen auf Ortsebene (§ 11 KHEntgG)

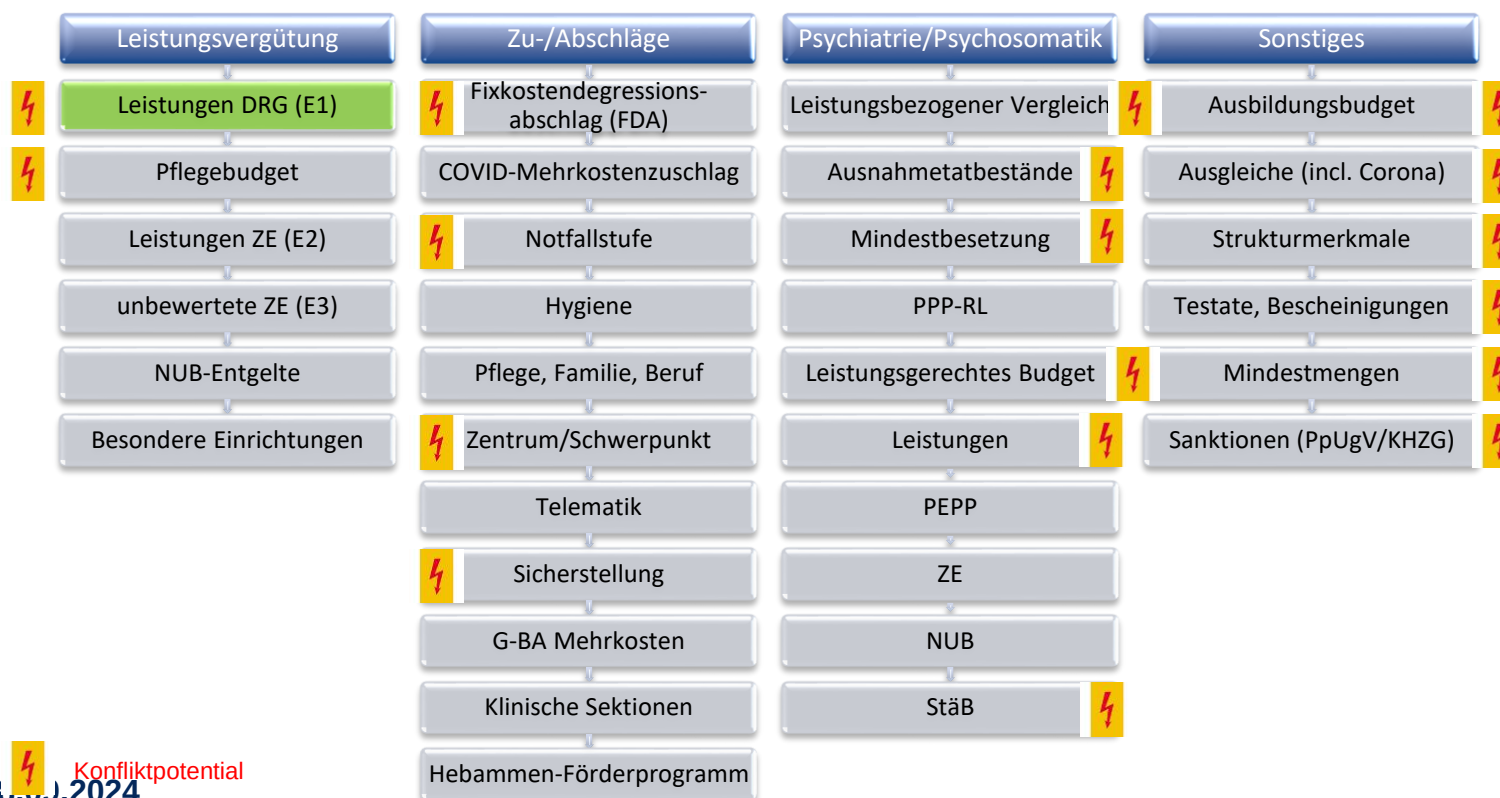
- Krankenhaus und Krankenkassen verhandeln das „leistungsgerechte“ Budget
- Gemäß BPflV prospektiv, in der Realität meist im laufenden Jahr oder retrospektiv
- „Leistungsgerecht“ bedeutet: „Geld folgt der Leistung“ (Grundsatz bei der DRG-Einführung)
- Ausgleichsmechanismen schützen Krankenkassen (= Beitragszahler) vor Leistungsspekulation der KH, sowie die KH vor wirtschaftlichen Härten bei nicht planbaren Ausfällen.
- In der Realität bedeutet „leistungsgerecht“, die KK verhandeln nur Leistungen, die aus ihrer Sicht dem KH zustehen (heimliche KH-Planung)

18.09.2024 • Ausgleichsmechanismen sind Verhandlungsmasse

Betriebskostenfinanzierung

Verhandlungen auf Ortsebene (KH-Budget)

- und dann gibt es noch mehr als DRG-Leistungen zu verhandeln:



Realitätscheck und Entwicklung status quo (Praxis)

Realitäts-Check

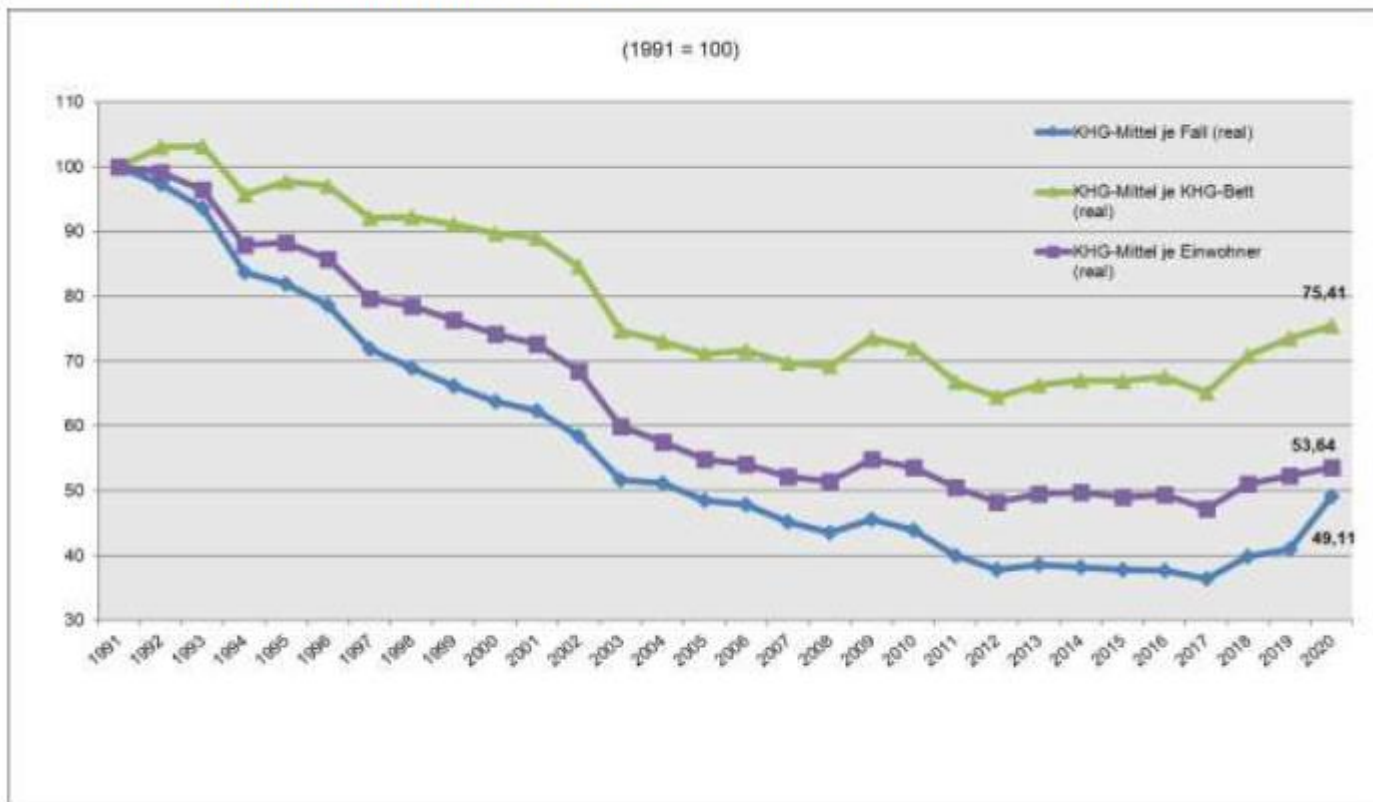
Investitionskostenförderung

- **Regel:** Investitionsbedarfe > Fördermittel
 - Tatsächlich **Fehlende Bedarfsplanung** seitens der Länder
 - **Fehlende Krankenhausplanung** seitens der Länder
 - Förderung nach folgenden Prinzipien:
 - *first come, first serve*
 - Größe/Relevanz des Krankenhauses
 - „Eigenanteil“ des Krankenhausträgers
 - den besseren Kontakten ins Ministerium...?
- Förderung richtet sich nach verfügbaren Mitteln, nicht nach Bedarf

Realitäts-Check

Investitionskostenförderung

Abbildung 4.4: Entwicklung der preisbereinigten KHG-Mittel je Fall²⁹, je KHG-Bett³⁰ und je Einwohner³¹ (indexiert) bis 2020



In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

Quelle: Umfrage der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, Statistisches Bundesamt,

Realitäts-Check

Investitionskostenförderung

- Lediglich ca. 40% des Investitionsbedarfs der KH wird durch die Länder gedeckt, und das seit Jahrzehnten!
- Wenn der Bedarf existiert, und der Betrieb nicht eingestellt werden soll, was bleibt einem KH (= Wirtschaftsunternehmen) übrig?
- Alternative Finanzierungsquellen suchen, indem man aus den Einnahmen aus DRGs die fehlenden Investitionen ausgleicht.
- Ist doch ganz einfach..... oder.....????????????????????

Realitätscheck - Betriebskostenfinanzierung

Verhandlungen auf Landesebene (§ 10 KHEntgG)

- Bei der Verhandlung des Basisfallwerts
 - *Spielt keine Rolle, dass die Kostendaten des nächsten DRG-Jahres bereits 2 Jahre alt sind*
 - *Nichts ist fix, alles Verhandlungssache...*
 - *Daten des Bundesamtes sind nicht immer krankenhausspezifisch (Beispiel Energiekosten)*
- **Problem:** Maßgeblich ist der **Veränderungswert** und nicht der **Orientierungswert**.

Betriebskostenfinanzierung

Verhandlung zum Landesbasisfallwert (LBFw)

- **Veränderungsrate/Grundlohnrate:** Die durchschnittliche jährliche Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder
- **Orientierungswert:** Die durchschnittliche jährliche Veränderung der Kosten der Krankenhäuser (ermittelt vom Statistischen Bundesamt)
- **Veränderungswert:** Der Veränderungswert ist die **max. Obergrenze** für die Steigerung des LBFw – es gilt:

1. Liegt der Orientierungswert unter der Grundlohnrate, gilt diese als Veränderungswert.
2. Liegt der Orientierungswert über der Grundlohnrate, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert gemäß den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes beziehungsweise der Bundespflegesatzverordnung →. Entscheidend dabei ist die Differenz zwischen der Grundlohnrate und dem Orientierungswert. So kann der Veränderungswert für somatische Häuser die Grundlohnrate um bis zu einem Drittel dieser Differenz übersteigen. Liegt der Orientierungswert bei 2,6 Prozent und die Grundlohnrate bei 2,3 Prozent, so beträgt die Differenz zwischen den beiden Werten 0,3 Prozentpunkte; davon ein Drittel ist 0,1. Das bedeutet, der Veränderungswert darf in diesem Fall höchstens 2,4 Prozent betragen. Der Veränderungswert muss aber mindestens die Grundlohnrate abdecken.

Realitätcheck Betriebskostenfinanzierung

Verhandlung zum Landesbasisfallwert (LBFW)

- Problem seit Jahren: max. Obergrenze bildet nicht die erforderlichen Erlöse ab
- Die max. Steigerung des LBFW bleibt unter den tatsächlichen Kostensteigerung

- | Jahr | Grundlohnrate | Orientierungswert | Veränderungswert (DRG) |
|-----------|---------------|-------------------|------------------------|
| 2023/2024 | 4,22 % | 6,95 % | 5,13 % |
| 2022/2023 | 3,45 % | 6,07 % | 4,32 % |
| 2021/2022 | 2,29 % | 2,37 % | 2,32 % |

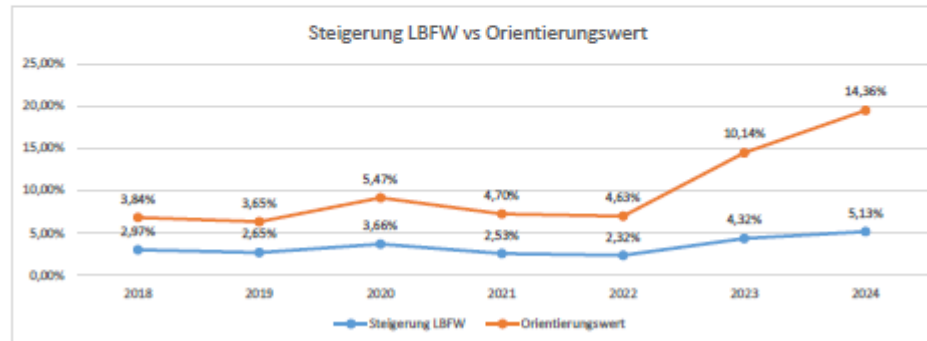
- Aber selbst der Veränderungswert kann meist nicht vollständig in den LBFW verhandelt werden!

Realitätcheck Betriebskostenfinanzierung

Verhandlung zum Landesbasisfallwert (LBFW)

Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg
Vergleich Steigerung LBFW ggü Orientierungswert
Zeitraum 2018-2024

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Steigerung LBFW	2,97%	2,65%	3,66%	2,53%	2,32%	4,32%	5,13%
Orientierungswert	3,84%	3,65%	5,47%	4,70%	4,63%	10,14%	14,36%
davon Teilorientierungswert PK	2,73%	2,39%	3,79%	3,40%	2,99%	6,10%	3,94%
davon Teilorientierungswert SK	1,11%	1,26%	1,68%	1,30%	1,64%	4,04%	10,42%



Realitätcheck - Betriebskostenfinanzierung

Zwischenfazit

- Investitionsförderung des Landes bleibt unter den Bedarfen
- DRG-Einnahmen bildet schon lange nicht mehr die tatsächliche Kostensteigerung ab, so dass hieraus keine Quersubventionierung für die fehlenden Investitionen erfolgen kann
- Abschreibungen aus dennoch erforderlichen Investitionen müssen vom Träger übernommen werden oder gehen in das Defizit
- Keine leistungsbezogene Erstattung der Betriebskosten!
- Klagewege über (ehrenamtliche) Schiedsstellen sind mühsam und führen oftmals nur zu (faulen) Kompromissen
- Zu viele unbestimmte Rechtsbegriffe lassen Raum für Interpretationen und Manipulationen

Unternehmerischer Handlungsfelder

Krankenhausfinanzierung

Weitere Handlungsfelder

- Welche Handlungsfelder gibt es noch?
- Personalkosten einsparen?
- Leistungen steigern?

Krankenhausfinanzierung

Personalkosten

- Wenn man nicht mehr Geld bekommt, kann man ja an Personal sparen 😊
- ABER: PpUGV (Pflegepersonaluntergrenzenverordnung) bestimmt, wie viel Pflegekraft in VK am Bett erforderlich ist. Perspektive: PPR 2.0
- Ärztlicher Dienst: Problem der kleinen Kliniken und der Aufrechterhaltung des Dienstbetriebs nach Arbeitszeitgesetz

Krankenhausfinanzierung

Leistungssteigerung

- Letzter Notanker: Leistungssteigerung....
- Bundesweiter Fallzahlrückgang seit Corona und durch die Ambulantisierung. Das magische Vergleichsjahr 2019 wird von nahezu keinem Krankenhaus erreicht.
- Fallzahlsteigerungen stehen unter anderem weiterhin unter Fixkostendegressionsabschlag
- Fachkräftemangel macht Leistungsausweitung im Übrigen sehr schwer
- Aber es gibt einen Hoffnungsschimmer.....?????????

Ausblick Krankenhausreform

Vorhaltekostenfinanzierung

Die Rettung?



Wir lösen das System der Fallpauschalen ab, durch ein System der Vorhaltepauschalen. Die Kliniken erhalten so Geld dafür, dass sie bestimmte Leistungen anbieten – selbst dann, wenn sie sie nicht immer erbringen. Das nimmt den ökonomischen Druck von den Kliniken, erlaubt eine Entbürokratisierung und sorgt für mehr Sicherheit und Qualität bei der medizinischen Versorgung von Patienten. Das ist eine Revolution.

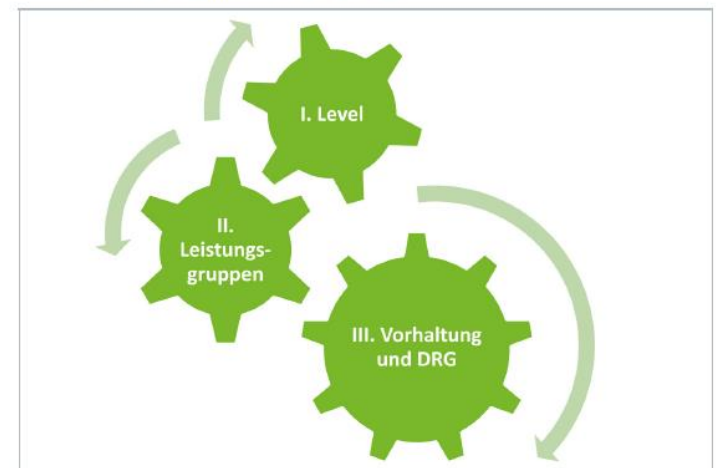
Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

Reform der KH-Vergütung

Grundprinzip

- Definition von **Versorgungsstufen (Level)** zur Abgrenzung von lokalen, regionalen und überregionalen Versorgungsaufträgen.
- Definition von klinischen **Leistungsgruppen**, welche das medizinische Leistungsspektrum beschreiben und den Versorgungsstufen zugeordnet werden können.
- Einführung einer **Finanzierung von Vorhaltekosten** (40% bzw. 60% der bisherigen DRGs) zur Verminderung ökonomischer Anreize.

➤ **Abbildung 2:**
Die drei Kernbestandteile der Reform



Finanzierung von Vorhaltekosten

Vebeto Analyse im Auftrag der DKG

- Welche Auswirkungen hätte die Einführung von Vorhaltepauschalen?
- Wer würde profitieren?
- Wo lauern Risiken?
- Werden die Vorhaltepauschalen ihrem Ziel gerecht?

Finanzierung von Vorhaltekosten

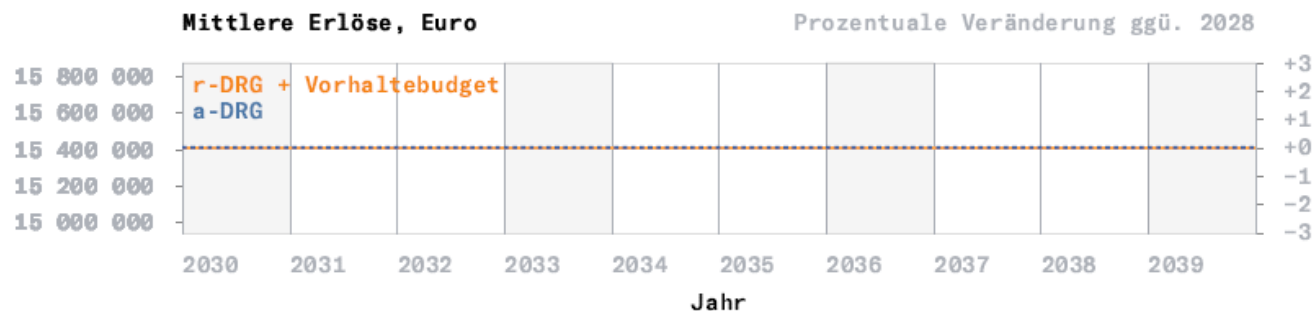
Systematik

- Ausgangsjahr 2028
- Festlegung von Pauschalen je Fall auf Basis der Fälle einer Leistungsgruppe
- Bundesland-spezifisch
- 20% Korridor
- Angleichung im 3-Jahres-Rhythmus
- Zahlung der Vorhaltekosten erfolgt *nicht* prospektiv sondern je Einzelfall

Finanzierung von Vorhaltekosten

Szenario 1a

Szenario 1: "Stabile Verhältnisse", mittlere Erlöse

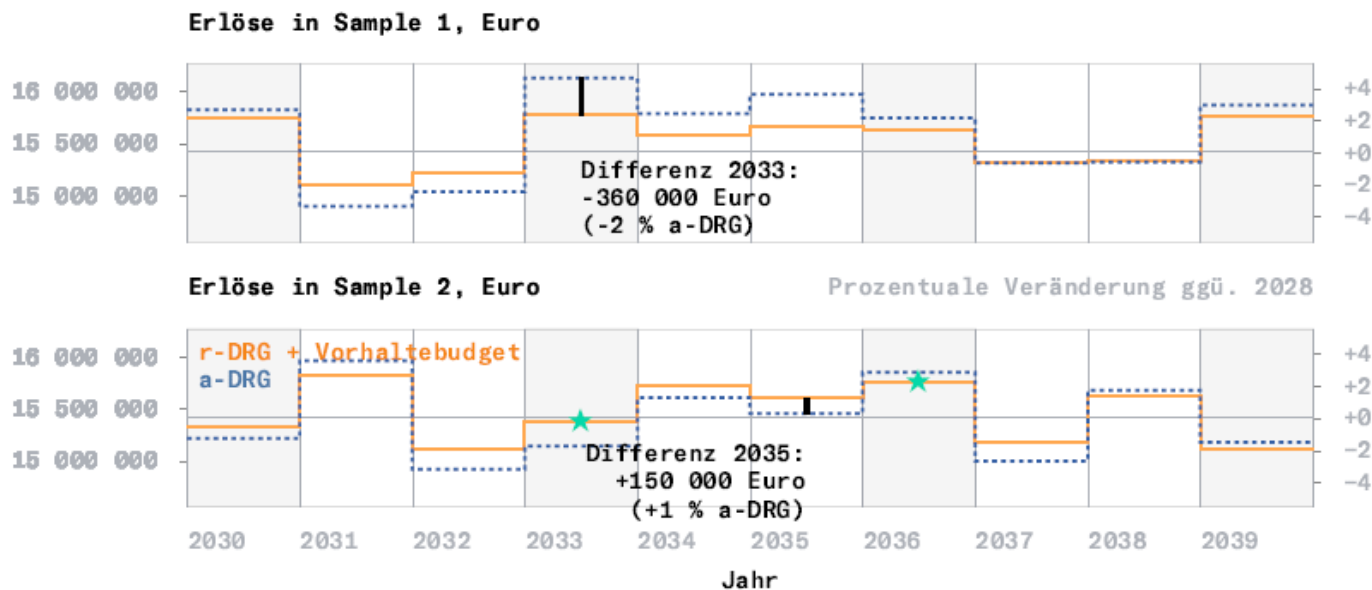


- Erlössituation für das KH ist gleich, ob mit oder ohne Vorhaltekostenfinanzierung

Finanzierung von Vorhaltekosten

Szenario 1b

Szenario 1: "Stabile Verhältnisse", zufällige Fallzahlschwankungen

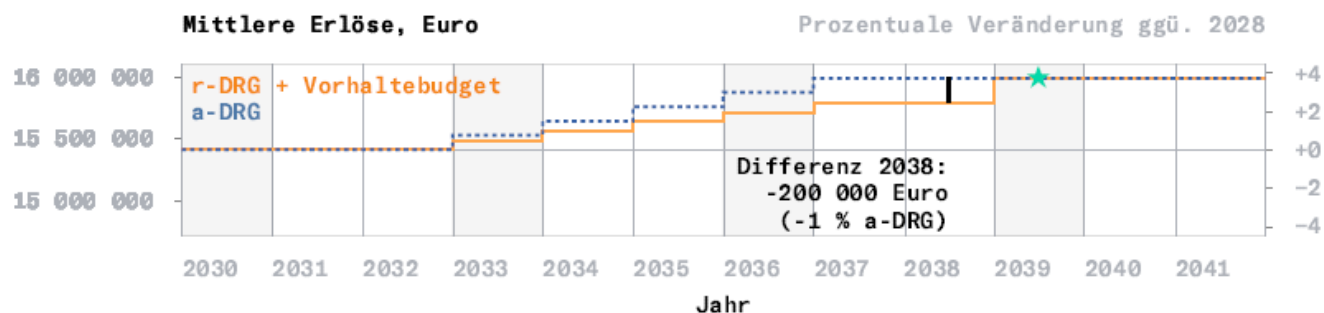


- Realistisches Szenario - Dämpfung von Erlösschwankungen
- Bei Durchbrechen des 20%-Korridors aber deutliche Veränderungen

Finanzierung von Vorhaltekosten

Szenario 2a

Szenario 2A: "Starkes planmäßiges Wachstum", mittlere Erlöse

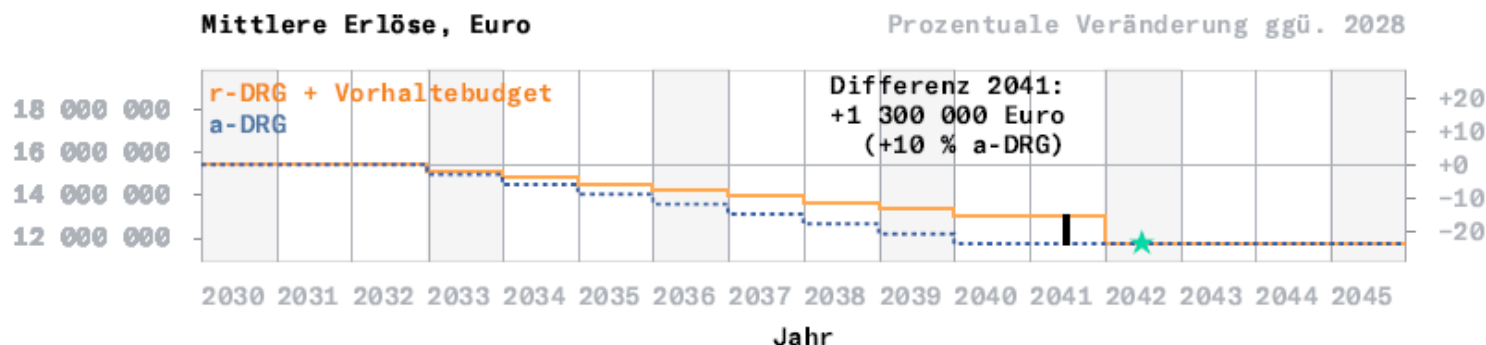


- Beispiel Wachstum 8% p.a.
- Vorhaltefinanzierung hinkt um Jahre hinterher → Wachstum wird bestraft

Finanzierung von Vorhaltekosten

Szenario 2c

Szenario 2C: "Schleichendes Schrumpfen", mittlere Erlöse

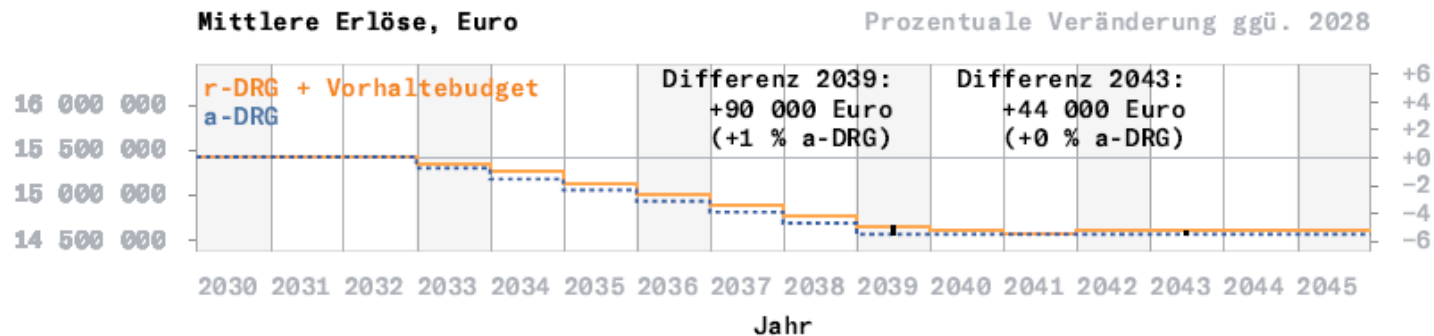


- Beispiel Schrumpfen um 3% p.a.
- Vorhaltefinanzierung hinkt um Jahre hinterher → Schrumpfen ist finanziell attraktiv

Finanzierung von Vorhaltekosten

Szenario 3a

Szenario 3A: "Ambulantisierung", mittlere Erlöse

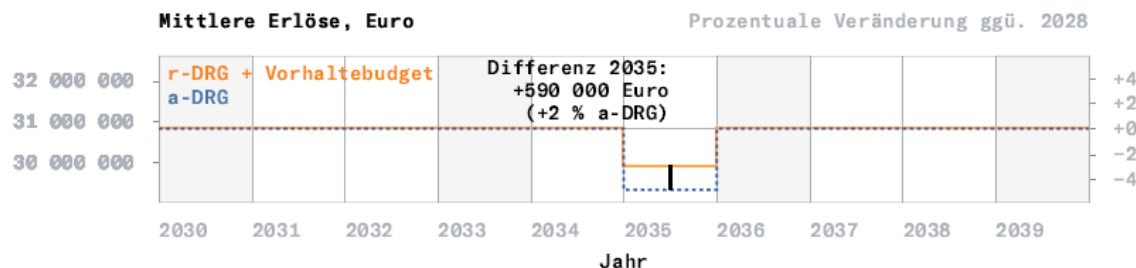


- Alle Häuser schrumpfen um 2% p.a. durch Ambulantisierung
- Regelmäßige Reduzierung der Vorhaltekosten auf Landesebene (für alle Häuser)

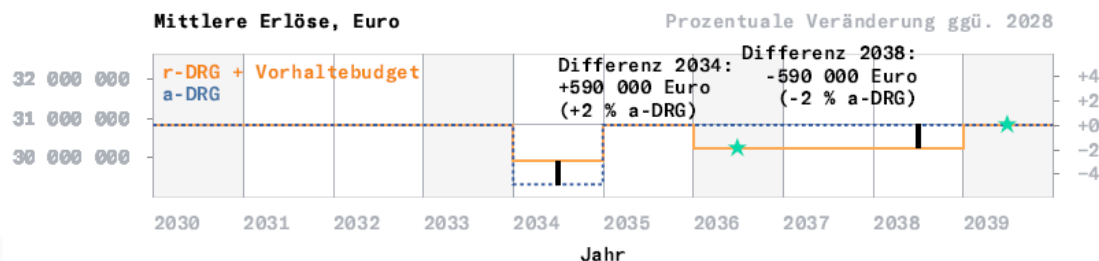
Finanzierung von Vorhaltekosten

Szenario „Glück im Unglück“?

Szenario 4A: „Glück im Unglück“, größeres Haus, mittlere Erlöse



Szenario 4B: „Kein Glück im Unglück“, größeres Haus, mittlere Erlöse



- Zufällige Abhängigkeit vom Jahr des „Unglücks“: 4B hat den Erlöseinbruch in einem Bezugsjahr (alle 3 Jahre), und wird dafür 3 Jahre lang „bestraft“

Finanzierung von Vorhaltekosten

Fazit

- Hochkomplexes Bürokratiemonster
- Kaum wirtschaftlicher Benefit
- Keine finanzielle Absicherung der Vorhaltekosten
- Großes Risiko bei Fallzahlveränderungen im „falschen Jahr“
- Keine prospektive Zahlung → weniger Fälle = geringere Liquidität
- ohnehin: es kommt kein zusätzliches Geld „in das System“ → auch nicht ansatzweise Aufhebung der Unterfinanzierung
- So wie derzeit im KHVVG skizziert: völlig überflüssig

Und nun...?

„Der kalte Strukturwandel ist eine nicht mehr zu leugnende Realität, weil er der betriebswirtschaftlichen Logik unterfinanzierter Krankenhausstandorte und der sich daraus ergebenden Anpassungsnotwendigkeit folgt.

Die Ursachen dafür sind vielfältig. Sie liegen zum Teil auch in der Verantwortung der Krankenhausträger selbst und bei den Bundesländern, die über Jahre hinweg weder eine ausreichende Investitionsfinanzierung noch eine aktive Krankenhausplanung geleistet haben. Im Wesentlichen liegt die Verantwortung aktuell aber beim Bund, der bewusst die wirtschaftliche Notlage der Krankenhäuser durch den fehlenden Inflationsausgleich und die Anpassungen im Finanzierungssystem herbeigeführt hat.“

Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen
Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit